



**AFCA IAAS**  
European Congress  
of



# **Ambulatory Surgery**

## **Gestion des risques chirurgicaux postopératoires en chirurgie ambulatoire**

Professeur Corinne VONS

Service de chirurgie digestive, AP-HP

Hôpitaux Universitaires de Seine Saint Denis;

Site Jean Verdier, Avenue du 14 Juillet, 93140, BONDY

Présidente de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire

[corinne.vons@jvr.aphp.fr](mailto:corinne.vons@jvr.aphp.fr)

# Conditions de réussite en chirurgie ambulatoire (actes lourds)



1. ORGANISATION: Capacité de l'équipe à **organiser, anticiper, planifier toute la prise en charge** médicale et paramédicale du patient **avant et après un séjour** un moins de 12 heures, en assurant **qualité** des soins et **sécurité du patient: chemin clinique**
2. CAPACITÉ DE L'ÉQUIPE à permettre au patient une **réhabilitation rapide postopératoire (< 6 heures)**
3. CAPACITÉ DE L'ÉQUIPE à **gérer les risques postopératoires, chirurgicaux et anesthésiques, et liés au patient, après la sortie**

# Gestion des risques post opératoires chirurgicaux: de quoi parle-t-on? (1)

## 1. Classiquement inexistante (en France)

- **Principe de précaution** (reconnaissance d'un doute)
- **Hébergement** postopératoire à l'hôpital
- Pour: identifier et traiter « **au cas où** » complication postopératoire
  
- Maintien classique à l'hôpital de **tous les patients tant que les risques** de complications postopératoires **persistent**
  - Exemple: appendicectomie: 5 jours



# Plaidoyer sémantique: non, un risque ne se prévient pas

- « **Prévention des risques** »: certain succès, y compris dans textes officiels provenant des ministères: **Impropiété sémantique**. ( prévention concerne les évènements indésirables, comme les complications postopératoires)
- Le risque n'est pas un événement: **c'est un concept** qui **combine** la **probabilité** de survenue, la **gravité potentielle**, ..
- La gestion des risques (ou **management des risques**) désigne l'ensemble de cette démarche  
(guides de référence ISO-CEI 51 et 73: vocabulaire de la sécurité)

# Gestion des risques postopératoires chirurgicaux ~~=~~ Maîtrise des risques (3)

## Complications chirurgicales

1. Connaître, après l'avoir **évaluée**, la **probabilité** de leur survenue
2. Connaître, après l'avoir **évaluée**, la **gravité** potentielle de leur survenue
3. Connaître, après les avoir **évalués**, les **facteurs de risque** de leur survenue
4. Connaître, et après l'avoir **évalué**, le **délai** de leur survenue
5. Connaître, après les avoir évalués, leurs **facteurs déclenchants**



1- Objectifs?: **Prévenir** en partie, et surtout faire le **diagnostic** et le **traitement précocement**

2- Moyens?: **Barrières de sécurité**

# Organisation pour la gestion des risques postopératoires en chirurgie ambulatoire (4)

- Planification du mode de **gestion des risques** en ambulatoire: déterminer **les barrières de sécurité** et les placer sur l'itinéraire du patient en amont et en aval



Barrières de sécurité **non spécifiques de l'acte**  
Barrières de sécurité **spécifiques de l'acte**

# Gestion des risques en chirurgie ambulatoire:

## 1-Barrières de sécurité non spécifiques de l'acte

1. **Critères d'éligibilité acte/patient (charte)** Check list
2. Appel de la veille Check list
3. **Calcul du Score d'Aldrete : sortie de SSPI** Check list
4. **Calcul du Score de Chung: Sortie de l'UCAA** Check list
5. Numéros de téléphone du chirurgien et de l'anesthésiste de garde
6. Appel du lendemain Check list

# Gestion des risques en chirurgie ambulatoire:

## 2- Barrières de sécurité spécifiques de l'acte

- Thyroïdectomie: complication: *hématome cervical*
- Cure de hernie: complication: **hématome sous cutané**; mais peu de risque, moins de barrière, pas d'accompagnant la nuit ?
- Canal carpien, main, ...: **risques presque 0**; moins de barrière, pas d'accompagnant la nuit ?



# Gestion des risques en chirurgie ambulatoire:

## 3- Barrière de sécurité: **Le patient Informé, éduqué**

**Information répétée** (au moins 3 fois)

Orale,  
Ecrite,



Au mieux visuelle: **vidéo**: tablette; internet

Lors d'une **consultation infirmière preop**



LES PROGRÈS DE L'AMBULATOIRE

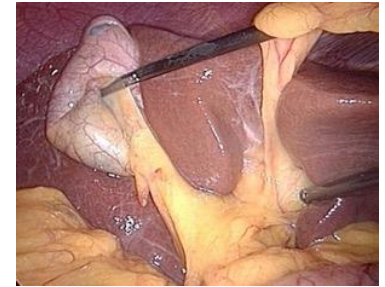
- **Informations détaillées** sur l'intervention, l'anesthésie
  - Modalités, risques
  - **Symptômes** postopératoires **habituels, pas d'alerte**
  - **Symptômes** postopératoires devant **donner l'alerte**

Check list



# Gestion des risques postopératoires

3 interventions digestives et endocriniennes  
en ambulatoire

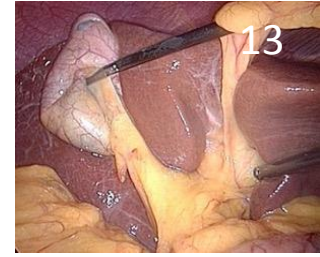


# 1- Cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire

# Pas de particularité technique,

- 1- triangle de Calot bien identifié
- 2- artère et canal cystique identifiés et sectionnés séparément
- 3- lit vésiculaire sec
- 4- pas d'écoulement biliaire





# Gestion des risques après cholécystectomie

Fréquence < 0,01 %

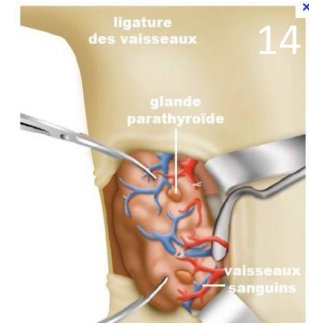
- **Hémorragie**

- Quelle fréquence ?
  - Quelle gravité ?
  - Dans quel délai ?
- Si doute sur l'artère: Barrière de sécurité: avant la sortie: 1- NFS à la sortie (ou 2- surveillance postopératoire en UCA de 6 heures)

- **Fuite biliaire**

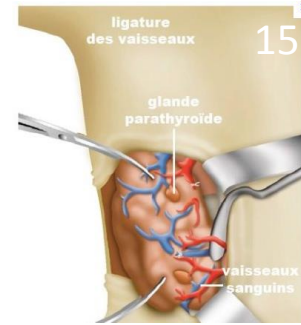
- Quel délai ?
  - Quelle gravité ?
  - Dans quel délai ?
- Barrière de sécurité: information du patient: possibilité de collection sous hépatique et si fièvre et douleur, revenir ou téléphoner

distance, et après 7 jours



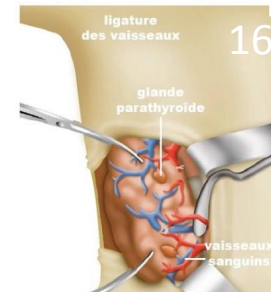
## 2- Thyroïdectomie partielle ou totale en ambulatoire

# Pas de particularité technique



- Hémostase à la pince bipolaire
- Pas de drainage
- Fermeture cutanée progressivement simplifiée (fil > colle)
- Examen histologique extemporané





# Gestion des risques post opératoires Après résection thyroïdienne **partielle**

## –**Hémorragie**

< 0,3 %

- Quelle fréquence ?
- Dans quel délai ?
- Quelle gravité ?

70 % < 6 heures

Compressif asphyxiant

- **Facteurs de risque:** reprise, volume thyr > 80 ml, Nodule > 4 cm, lésion récurrentielle et trouble de la coag, drainage, pansement occultant, chirurgien
- **Facteurs déclenchant:** **toux+++**

### **Barrière de sécurité:**

En amont: (**Éviter**) Sélection des patients: reprise, taille nodule et volume thyroïde,

En aval en hospi (**détecter**) Surveillance post opératoire de 6 heures;

En aval, à la maison (détecter, traiter) Education du patient+++ (prévention, éducation toux)

< 0,03 %

Mortalité=0



# Gestion des risques après résection thyroïdienne **totale**

- **Hypocalcémie**

Calcium et Vit D  
systématique  
et surveillance de la PTH  
et de la calcémie



# Pose d'anneau de gastroplastie pour obésité morbide en ambulatoire

# Pas de particularité technique

- 1- Dissection de l'angle de Hiss et ouverture du ligament gastro phénique
- 2- Création d'un trajet rétrogastrique en avant des piliers
- 3- Technique de la Pars Flacida
- 4- Valve gastro gastrique sur l'anneau



# Gestion des risques post opératoires après pose d'un anneau de gastroplastie

- Hémorragie 0
- Perforation digestive: 0

Pas de durée imposée de surveillance post opératoire

# Conclusions (1)

- La capacité des équipes à gérer les risques postopératoires en chirurgie ambulatoire, est incontournable, d'autant plus que l'acte, et le patient, sont lourds.
- Cette capacité permet aux équipes de déterminer, pour leur structure, l'éligibilité des actes et des patients à la chirurgie ambulatoire (indépendamment de listes)

# Conclusion (2)

- Ce mode de **prise en charge des suites opératoires**, innovant, où le patient est acteur, fait comprendre qu'en chirurgie ambulatoire, **il ne s'agit pas de refaire l'hôpital à la maison**, même pour une intervention lourde, mais de mener une **culture de simplification, de pertinence** en se limitant à ce qui est suffisant et nécessaire pour **assurer la qualité des soins et la sécurité du patient**.